

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 novembre 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : M. Dind et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à Puidoux-Gare, recourant, représenté par Me Eduardo Redondo, avocat à Vevey,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 6ss, 16 et 17 al. 1 LPGA; 28 LAI; 88a RAI

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1970, ressortissant portugais, a suivi une scolarité primaire au Portugal, jusqu'en 6^{ème} année, et a obtenu un certificat de charpentier en 1992. Il a par la suite travaillé comme cuisinier, soudeur et charpentier. En octobre 2001, il a été engagé pour un mois comme ouvrier viticulteur par la société G. _____ SA, à [...]. Il a été réengagé par cette entreprise en avril 2002 et s'est depuis lors établi en Suisse.

Le 10 juillet 2002, l'assuré est tombé d'un mur de vigne d'une hauteur d'environ 2 mètres et a subi un traumatisme cranio-cérébral avec fracture temporale gauche, fracture du rocher gauche, contusion cérébrale fronto-temporale droite, fracture de la clavicule gauche et fracture de quatre côtes. Il a suivi un traitement conservateur et, en octobre 2002, s'est soumis à une ostéosynthèse de la clavicule gauche. L'évolution a été favorable et l'incapacité de travail a pris fin le 23 décembre 2002.

Le 26 février 2003, l'assuré a subi une nouvelle chute d'un muret d'une hauteur de 2,7 mètres, en arrière. Il a été d'abord traité à l'Hôpital de la [...], à [...], où le Dr D. T. _____ a posé le diagnostic de contusion thoracique abdominale sans fracture visible et a attesté une incapacité de travail totale du 26 février au 17 mars 2003. L'assuré a par la suite repris le travail. Le 21 mai 2003, toutefois, il a consulté la permanence de l'Hôpital de la [...] en raison d'une recrudescence des douleurs dorsales. Dans un rapport du 25 juillet 2003, le médecin traitant du recourant - à l'époque, le docteur P.-A. W. _____ - a attesté une incapacité de travail totale en raison d'un «status post-fractures méconnues des apophyses transverses droites de L1 L2 L3» et d'une recrudescence de lombalgies post-traumatiques. Par la suite, l'assuré a consulté le docteur P. D. _____, médecin généraliste FMH, qui a fait réaliser une scintigraphie osseuse le 20 août 2003 en raison de l'importance du syndrome lombo-vertébral constaté. Cet examen l'a conduit à poser le diagnostic de tassement de la colonne vertébrale en L5,

méconnu auparavant. Dans son rapport du 29 septembre 2003, ce médecin a indiqué que l'incapacité de travail restait totale, probablement jusqu'à la fin du mois de novembre 2003. Il ressort d'un rapport du 31 octobre 2003 du Dr A. M. _____, médecin au Service de radiologie de l'Hôpital de la [...] à [...], qu'une imagerie par résonance magnétique réalisée le même jour a mis en évidence un très léger oedème résiduel sur fracture du plateau supérieur du corps vertébral de L5, en voie de consolidation, sans répercussion canalaire, ainsi qu'une discopathie L4-L5, sans hernie.

Une tentative de reprise du travail le 17 novembre 2003 a échoué et, dans un rapport du 30 janvier 2004, le Dr D. _____ a attesté une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée.

B. Le contrat de travail liant l'assuré à G. _____ SA a pris fin le 31 décembre 2003. A l'époque, G. _____ SA avait annoncé les accidents des 10 juillet 2002 et 26 février 2003 à la Compagnie d'Assurances Z. _____ (aujourd'hui : Compagnie d'Assurances Z. _____ SA; ci-après: la Z. _____), auprès de laquelle l'assuré était assuré à titre obligatoire contre les accidents et les maladies professionnelles. Compte tenu de la persistance des lombalgies, cette assurance a confié au Dr X. N. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le soin de réaliser une expertise. Dans un rapport du 20 avril 2004, le Dr N. _____ a posé les diagnostics suivants:

- "1.-Traumatisme crânio-cérébral.
- 2.- Multiples fractures du crâne avec contusions cérébrales bitemporales.
- 3.- Fracture de la clavicule gauche évoluant vers une pseudarthrose. Cure de pseudarthrose le 22.10.2002.
- 4.- Fractures de côtes à gauche.
- 5.- Fractures des apophyses transverses droites de L1 à L3.
- 6.- Fracture-tassement de L4.
- 7.- Lombalgies chroniques."

De l'avis du Dr N. _____, l'imagerie par résonance magnétique réalisée le 31 octobre 2003 permettait de constater une sacralisation de L5, une fracture-tassement du plateau supérieur de L4 essentiellement antérieur avec discret rétrolisthésis de L3 sur L4 et discret

bombement postérieur du disque L3-L4 sans hernie. Les diagnostics 1 à 4 étaient en relation de causalité certaine avec l'accident du 10 juillet 2002 et les diagnostics 5 à 7 en relation de causalité certaine ou très vraisemblable avec l'accident du 26 février 2003. Les fractures des apophyses transverses droites de L1 à L3 et la fracture-tassement de L4 avaient été diagnostiquées tardivement, lors d'une aggravation de la symptomatologie douloureuse après une reprise précoce du travail trois semaines après l'accident du 26 février 2003. Une prise en charge à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion était souhaitable en vue d'optimiser la prise en charge de physiothérapie et d'évaluer les capacités fonctionnelles résiduelles de l'assuré. L'incapacité de travail dans la profession d'ouvrier viticole était probablement définitive et des mesures de réadaptation devaient être étudiées dès que possible. Une capacité de travail, probablement de 100 %, était envisageable en position debout statique, avec quelques déplacements.

C. L'assuré a séjourné à la CRR de Sion du 18 mai au 15 juin 2004. Pour l'essentiel, les diagnostics posés ont été les mêmes que ceux mentionnés par le Dr N._____. Un consilium psychiatrique du 28 mai 2004 établi par le Dr P.-A. F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a cependant mis en évidence un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive. De l'avis du Dr F._____, une médication psychotrope ne paraissait pas indiquée, mais un suivi psychothérapeutique (stratégie de coping) paraissait utile, bien que difficile, voire impossible, en raison des difficultés de l'assuré à s'exprimer en français. D'après le rapport de sortie établi le 5 juillet 2004 par les Drs G. R._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, et F. H._____, médecin assistant, le séjour n'avait pas permis d'atténuer les symptômes douloureux; objectivement, une discrète amélioration de la mobilité et de la force musculaire au niveau lombaire avait été constatée. Au vu de l'absence d'impact de la rééducation fonctionnelle, aucune prise en charge physiothérapeutique ambulatoire n'avait été proposée. Professionnellement, l'ancienne activité d'ouvrier dans les vignes n'était plus exigible. En revanche, d'un point de vue somatique, la capacité de travail dans une activité légère était totale, à la condition que l'assuré

puisse alterner les positions assise et debout avec des déplacements, et éviter le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux. Cette capacité de travail avait notamment été évaluée par des tests fonctionnels (évaluation des capacités physiques liées au travail selon la méthode Isernhagen; rapport du 9 juin 2003 [recte: 2004] des Drs R._____, et H._____, ainsi que de C. X._____, physiothérapeute). Il en ressortait notamment que l'assuré sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles. La situation étant médicalement stabilisée, un changement d'activité professionnelle était indiqué.

D. Le 17 juin 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, complétée le 15 octobre 2004. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) l'a convoqué pour un stage d'observation et d'évaluation professionnelle, qui s'est déroulé du 8 août au 2 septembre 2005 au centre «Oriph» d' [...]. Le rapport de stage établi le 21 septembre 2005 fait état de limitations dans les mouvements de rotation et de flexion du torse. Les douleurs dorsales empêchaient l'assuré de se baisser; en revanche, il pouvait utiliser ses membres supérieurs sans limitation et avec précision. Les déplacements étaient lents et conditionnés. Dans toutes les activités adaptées observées, les rendements se situaient légèrement en-dessous de la norme. L'assuré pouvait mettre ses ressources à disposition de l'économie libre, à condition de ne pas devoir effectuer de travaux lourds et de pouvoir changer de position régulièrement. Dans une activité respectant ces limitations, il pouvait entreprendre des travaux légers tels que des travaux de montage ou câblage à l'établi, des travaux mécaniques légers, perçage, taraudage, le conditionnement de petites pièces ou encore de petits travaux de menuiserie sans gestes de grande amplitude. Dans ces activités, l'assuré pouvait être actif toute la journée avec un rendement de 80 à 90 % selon les activités. La diminution de rendement était liée à l'inconfort positionnel, qui exigeait de fréquents changements de position.

E. Entre-temps, la Z._____ a confié au Dr N._____ le soin de procéder à une nouvelle expertise. Dans un rapport du 9 décembre 2006

(recte: 2005), ce médecin n'a pas constaté d'évolution notable depuis sa première expertise, en précisant toutefois qu'une discopathie post-traumatique L3-L4 apparaissait sur des radiographies de la colonne lombaire réalisées le 24 mai 2004, alors qu'elle n'était pas présente sur les clichés initiaux de février 2003. Un syndrome douloureux chronique lombaire avec limitation fonctionnelle persistait; la marche était limitée à une heure, la position assise à une demie heure. Dans une profession permettant de travailler en position assise ou debout alternée, sans port de charges et sans activité avec le tronc penché en avant, la capacité de travail était probablement de 80 à 90 % (diminution de rendement de 10 à 20 % en raison de la nécessité de faire des pauses régulières).

F. Par décision du 23 mars 2006, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité ou à des mesures de reclassement professionnel au motif que son handicap n'entraînait pas de diminution de sa capacité de gain compte tenu de sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée.

G. L'assuré s'est opposé à cette décision par acte du 24 avril 2006. En cours de procédure, il a produit une expertise privée établie par le Dr P. V._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le 26 juillet 2006. Selon ce médecin, l'assuré présentait notamment des discopathies L3-L4 et L4-L5, une pseudarthrose du corps vertébral L4, un état après fracture-impression du plateau tibial supérieur L4, des fractures des apophyses transverses L1 à L3 droites, ainsi que des contractures et myalgies lombaires (intensité 8/10). Le Dr V._____ précisait:

"Les fortes douleurs lombaires sont manifestes suite à l'accident du 26.2.2003. Elles sont dues à la fracture du corps vertébral L4. L'impression de substance du disque est visible sur les radiographies du 16.7.2003. On ne s'est malheureusement pas soucié de ce fait. L'impression de substance de disque dans un corps vertébral ne permet point la consolidation de l'os fracturé. On aboutit donc forcément à une pseudarthrose. L'enfoncement de substance du disque L3-4 dans le corps vertébral L4 signifie en plus que ce disque est fortement altéré (IRM: opaque) dans sa structure et sa fonction. Le disque inférieur adjacent est également atteint. Ces circonstances sont décrites dans la littérature depuis longtemps. Tout traitement médicamenteux et physique ne peut point apporter une amélioration significative ni une capacité de travail quelconque.

En conclusion l'incapacité totale de travail est de 100% depuis le 21.5.2002, séquellaire exclusivement à l'accident du 26.2.03. On a inutilement perdu du temps. Les divers rapports antérieurs passent totalement à côté du problème."

Toujours d'après le Dr V._____, seul un traitement chirurgical pouvait laisser espérer une amélioration de l'état de santé de l'assuré. Il proposait de l'envisager rapidement, étant précisé que toute réinsertion professionnelle ne serait possible qu'après traitements et convalescence.

H. L'assuré a également communiqué l'expertise du Dr V._____ à la Z._____, qui a accepté la prise en charge de l'intervention chirurgicale proposée. Le 6 février 2007, l'assuré s'est donc soumis à une opération pratiquée par le Dr L._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (laminectomie L4 foraminotomie L4-L5, résection du disque L4-L5 et fusion intersomatique, foraminotomie L3-L4, résection du disque L3-L4 et fusion intersomatique, spondylodèse par instrumentation postérieure L3-L5 avec greffe autologue). Malgré cette intervention, l'assuré a continué à souffrir de lombalgies. Dans deux rapports des 30 octobre 2007 et 11 février 2008, le Dr S. Q._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, a observé que les douleurs dont souffrait l'assuré depuis l'opération étaient nouvelles par rapport à celles dont il se plaignait auparavant, qui avaient disparues. Les douleurs étaient désormais situées à gauche et suivaient le trajet "soit de la racine nerveuse L5, soit de S1". Au regard des résultats des divers tests effectués, l'hypothèse d'une affection touchant la racine nerveuse de S1 semblait la plus vraisemblable, étant admis après discussion avec le Dr L._____ qu'une lésion radiculaire était toujours possible lors de la mise en place d'une cage intersomatique, comme cela avait été pratiqué le 6 février 2007. En l'absence d'amélioration, on pouvait avoir la présomption qu'il s'agissait d'une lésion radiculaire permanente et que seule une stimulation médullaire pourrait soulager le patient.

I. La Z._____ a mandaté le Dr B. B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour la réalisation d'une nouvelle expertise. Dans un rapport du 1^{er} mars 2008, ce médecin a posé les diagnostics de

spondylodèse L3-L5, compliquée d'une probable lésion de S1, et de syndrome vertébral lombaire chronique. Il a attesté une capacité résiduelle de travail de 80 %, avec un rendement de 50 % (taux global de 40 %) dans une activité légère ("petits travaux"), exercée essentiellement en position assise et permettant de se déplacer à la demande. Il n'était pas exclu que cette capacité de travail s'améliore avec un traitement médical adéquat, mais ce traitement restait à définir par un neurochirurgien, eu égard notamment à la lésion probable de S1 à gauche.

Le 4 avril 2008, le Dr C. _____, médecin au Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après: SMR) s'est référé aux constatations du Dr B. _____ et a proposé de tenir pour établie une incapacité de travail totale pour la période du 6 février au 27 décembre 2007, puis une capacité résiduelle de travail de 40 % dans une activité légère permettant des déplacements à la demande. La situation devant être réévaluée en cas de prise en charge neurochirurgicale.

J. Par décision sur opposition du 16 septembre 2008, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} février au 30 juin 2004, ainsi que pour la période du 1^{er} février 2007 au 31 mars 2008, puis un trois-quarts de rente pour la période courant dès le 1^{er} avril 2008. En revanche, l'OAI a nié le droit à une rente d'invalidité pour la période du 1^{er} juillet 2004 au 31 janvier 2007. En substance, il a motivé ce refus en considérant que pendant la période en question, l'assuré disposait d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, telle que décrite dans le rapport de la Clinique romande de réadaptation du 5 juillet 2004; cette capacité résiduelle de travail lui permettait de réaliser un revenu équivalent au 90 % de celui qu'il aurait pu obtenir sans invalidité, ce qui excluait le droit à une rente.

K. Par acte du 23 octobre 2008, A. _____ a recouru contre cette décision, dont il demande la réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée pour la période du 1^{er} février 2004 au 31 mars 2008, puis un trois-quarts de rente dès le 1^{er} avril 2008. A titre subsidiaire,

il demande qu'"une expertise médicale [soit] mise en oeuvre afin d'établir [sa] capacité de travail pour la période comprise entre le 1^{er} juillet 2004 et le 31 janvier 2007".

L'intimé a répondu le 17 décembre 2008 en concluant au rejet du recours.

Le 20 mai 2009, le recourant a produit une expertise établie le 5 février 2009 par le Dr J. P. _____ à la demande de la Z. _____. Ce médecin a constaté l'échec de l'intervention chirurgicale pratiquée le 6 février 2007 et a posé les diagnostics de (a) "failed back surgery syndrome", (b) status après spondylodèse L3-L5 par PLIF et instrumentation postérieure pour discopathies post-traumatiques, (c) très probable hyperdistraction consécutive à des greffons (cages) intersomatiques surdimensionnés et (d) anomalie de transition lombosacrée avec sacralisation de L5. Les trois premiers diagnostics étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident (probabilité "plus que vraisemblable [$>$ de 50 %]"). Le 4^{ème} diagnostic (anomalie de transition) était sans rapport avec l'accident. A moins d'une nouvelle intervention chirurgicale, dont l'indication était controversée, il n'y avait pas d'amélioration notable de l'état de santé à attendre d'une poursuite du traitement. Dans une activité adaptée, la capacité résiduelle de travail était de 50 %, avec un rendement de 80 %.

Le recourant a également produit une copie de deux rapports de surveillance établis par un détective privé sur mandat de la Z. _____.

L'intimé s'est déterminé le 16 juin 2009 sur ces nouvelles pièces en produisant un "avis médical" établi le 19 mai 2009 par le Dr J. _____, médecin au SMR. Il a maintenu ses conclusions.

Par acte du 20 novembre 2009, le recourant s'est déterminé à nouveau, sans modifier ses conclusions. L'intimé a reçu copie de cette dernière détermination pour information.

E n d r o i t :

1. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité. Les parties sont plus particulièrement en désaccord sur la question du droit à la rente pour la période du 1^{er} juillet 2004 au 31 janvier 2007.

2. Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes requises (art. 60 al. 1 et 61 let. b de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]) devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud. Pour l'essentiel, les compétences de cette autorité ont été transférées dès le 1^{er} janvier 2009 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui a également repris le contentieux en matière d'assurance-invalidité qui était pendant à cette date devant l'ancien Tribunal des assurances (art. 93 al. 1 let. a et 117 al. 1 de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD, RSV 173.36]). Le recours, recevable, doit par conséquent être tranché par la Cour de céans. L'objet du litige revêt une valeur supérieure à 30'000 fr. de sorte que la Cour statue dans une composition à trois juges (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD a contrario).

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

a. Sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles:

b. Il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable:

c. Au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 — applicable au présent litige, eu égard au fait qu'il porte sur le droit à la rente pour une période antérieure à cette date (cf. ATF 130 V 445 et les

références) —, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à une rente s'il était invalide à 40 % au moins (RO 2003 3837ss). D'après l'art. 29 al. 1 LAI, également dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40 % au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 447ss, spéc. 449).

b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003. Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même (cf. ATF 130 V 343 consid. 2-3.6). Cette définition implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré; c'est la méthode ordinaire dite "de comparaison des revenus" (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.3 ss.).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore

supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). Si l'incapacité de gain de l'assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (art. 88a al. 2 RAI). Selon cette dernière disposition (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; RO 1976 2650), si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 29 al. 1 LAI celle qui a précédé le premier octroi.

4. En l'occurrence, l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente entière pour la période courant jusqu'au 30 juin 2004, ainsi que pour celle du 1^{er} février 2007 au 31 mars 2008. Un trois-quarts de rente a ensuite été reconnu pour la période courant dès le 1^{er} avril 2008. Cet aspect de la décision litigieuse ne prête pas flanc à la critique et n'est pas contesté. Il n'y a pas lieu d'y revenir. En revanche, il convient de vérifier si l'assuré a présenté, dès le 1^{er} avril 2004 — soit trois mois avant la modification du droit à la rente par l'intimé (cf. consid. 3c ci-avant) — une amélioration de son état de santé et de sa capacité de gain excluant le droit litigieux. Le cas échéant, il conviendra également de vérifier si cette amélioration a perduré jusqu'au 31 janvier 2007. Le recourant conteste pour sa part toute amélioration significative de son état de santé et de sa capacité résiduelle de gain entre ces deux dates.

5. a) L'intimé a fondé ses constatations, pour l'essentiel, sur le rapport de sortie de la Clinique romande de réadaptation du 5 juillet 2004, ainsi que sur le rapport d'expertise du Dr N. _____ du 20 avril 2004. A juste titre, il a reconnu à ces documents médicaux une pleine valeur probante. Ils ont été établis en pleine connaissance du dossier, au terme

d'examens complets. Leurs constatations sont bien motivées et prennent dûment en considération les plaintes exprimées par l'assuré, qu'elles relativisent toutefois à bon escient au regard notamment des résultats des tests d'évaluation des capacités physiques liées au travail auxquels s'est soumis l'assuré. Ces constatations sont par ailleurs corroborées dans une très large mesure par les observations réalisées lors d'un stage d'observation professionnelle au Centre Oriph d' [...], entre le 8 août et le 2 septembre 2005. Tout au plus le rapport de stage fait-il mention, de manière convaincante, d'une diminution de rendement de 10 à 20 %, dans une activité adaptée, pour tenir compte des pertes de temps liées à la nécessité pour l'assuré de changer fréquemment de position et de faire des pauses ("inconfort positionnel"). Dans un rapport du 9 décembre 2005, le Dr N._____ a d'ailleurs pris acte de ces observations et admis lui aussi une diminution de rendement de 10 à 20 % dans une profession laissant à l'assuré la possibilité de travailler en position assise ou debout alternée, sans port de charges ni activité avec le tronc penché en avant. Le Dr N._____ précise que depuis sa première expertise du mois de mars 2004, la situation au niveau lombaire a peu évolué. On peut donc admettre que l'assuré avait déjà recouvré, en avril 2004 déjà, la capacité résiduelle de travail qu'il constate.

b) Contrairement à ce que soutient le recourant, le rapport du 26 juillet 2006 du Dr V._____ ne justifie pas de s'écarter de ces constatations. Ce médecin conclut à la nécessité d'une nouvelle intervention chirurgicale en raison d'atteintes reconnaissables sur les radiographies du 16.7.2003. Ces atteintes avaient été négligées par les médecins consultés précédemment, qui étaient passés totalement à côté du problème. Seule une intervention chirurgicale pouvait y remédier. Le ton péremptoire du Dr V._____ ne suffit toutefois pas à emporter la conviction. En réalité, il ne démontre pas que les Drs K._____, N._____, H._____ et R._____, notamment, auraient méconnu une atteinte à la santé en renonçant à poser une nouvelle indication opératoire dont la pertinence a par la suite été mise en doute par les Drs B._____ ("Il n'est pas possible de déterminer a posteriori quel était l'état de M. A._____ au moment [du rapport du Dr V._____ du 26 juillet

2006]. La suite de l'histoire sera hélas défavorable, malgré ce qu'on avait laissé entendre à l'assuré. Il ne nous appartient pas de donner un avis sur le bien fondé de la prise de position de 2006, le rapport de causalité à l'époque, ni le traitement chirurgical et les complications ultérieures") et P._____ ("Est-ce que le problème se situe au niveau de l'indication opératoire? Il faut admettre qu'à ce niveau, il y avait quelques incohérences»). Le Dr V._____ ne convainc pas davantage de l'incapacité de travail totale qu'il atteste, apparemment dans toute activité professionnelle, alors même que les tests d'aptitude réalisés à la Clinique romande de réadaptation ainsi que les observations réalisées pendant le stage d'observation professionnelle à l'Oriph démontraient nettement une capacité de travail résiduelle.

c) Le recourant se réfère également à certains passages de l'expertise du Dr P._____. Mais quoi qu'en dise le recourant, lorsque cet expert mentionne une reprise du travail le 17 mars 2003 "apparemment prématurée et qui a provoqué une recrudescence des douleurs menant finalement au diagnostic tardif du tassement L4", il ne met pas en question les constatations de la Clinique romande de réadaptation ni celle du Dr N._____ relative à la capacité résiduelle de travail de l'assuré entre le mois d'avril 2004 et le mois de janvier 2007. Il en va de même lorsqu'il précise, immédiatement après la phrase précédemment citée: "On a voulu incriminer cette reprise précoce d'être responsable d'une aggravation de la fracture de L4. Cependant, s'il y a eu aggravation, cela n'était pas perceptible sur les contrôles radiologiques". Le caractère prématuré de la reprise du travail en février 2003 a été constaté par l'ensemble des médecins, notamment par le Dr N._____ dans son rapport du 20 avril 2004, dès que les diagnostics de fracture des apophyses transverses droites de L1 à L3 et de fracture-tassement de L4 ont été posés, certes tardivement. Le Dr P._____ ne dit rien d'autre sur ce point, mais il met simplement en doute que la reprise prématurée du travail ait entraîné une aggravation de la fracture de L4.

Le recourant semble, enfin, vouloir tirer argument des diagnostics de failed back surgery syndrome, de status après

spondylodèse L3-L5 et de très probable hyperdistraktion consécutive à des greffons intersomatiques surdimensionnés, ainsi que de la relation de causalité plus que vraisemblable, d'après le Dr P._____, entre ces atteintes à la santé et l'accident du 26 février 2003. Ces constatations de l'expert ne disent toutefois rien de la capacité résiduelle de travail du recourant avant l'opération pratiquée en février 2007. En effet, le Dr P._____ expose que de son point de vue, l'opération a entraîné de nouvelles douleurs en raison notamment du caractère surdimensionné des greffons posés, compte tenu d'une sacralisation de L5. L'opération pratiquée en février 2007 aurait ainsi très probablement conduit à une hyperdistraktion aux niveaux L3-L4 et L4-L5, qui pourrait entraîner des déficits neurologiques «par traction sur les racines de la queue de cheval». En d'autres termes, les diagnostics posés par le Dr P._____ sont clairement liés à l'opération du 6 février 2007. L'expert ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'assuré antérieurement à cette date et ses constatations ne permettent pas de mettre en doute celles des médecins de la Clinique romande de réadaptation ainsi que du Dr N._____.

d) Vu ce qui précède, il convient de constater que le recourant disposait dès le mois d'avril 2004 d'une capacité de travail de 80 à 90 % dans une activité légère permettant l'alternance des positions assise et debout avec de courtes pauses, sans flexion en avant avec le tronc. Cette capacité de travail a perduré au moins jusqu'en janvier 2007. Un renvoi pour une nouvelle expertise, comme le demande le recourant à titre subsidiaire, n'est pas nécessaire, les documents médicaux au dossier permettant de se prononcer en connaissance de cause.

6. a) Pour la comparaison des revenus que l'assuré pourrait réaliser sans atteinte à la santé, d'une part (revenu hypothétique sans invalidité), et malgré les atteintes à la santé dont il souffre, d'autre part (revenu d'invalidé), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique.

Le revenu d'invalidé peut être établi en se référant à ces données lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée. En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 no U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voire ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1). On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettraient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. ATF 135 V 58 consid. 3.4.6; RCC 1992 p. 96 consid. 4a; TFA I 137/2004 du 13 janvier 2005 consid. 5.1.1, I 419/2002 du 6 mars 2003 consid. 5.1, I 774/2001 du 4 septembre 2002 consid. 3 et I 696/2001 du 4 avril 2002 consid. 4). Par ailleurs, lorsque le revenu réalisé avant l'atteinte à la santé s'écarte notablement (plus de 5%) du salaire que l'on pourrait déduire des données de l'ESS et que l'on peut présumer que cet écart résulte de diverses circonstances liées à la personne de l'assuré et qui limitent ses

perspectives salariales, il convient de prendre en considération ces circonstances de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidé (parallélisme des deux termes de la comparaison de revenu; cf. Ulrich Meyer, Bundesgesetz Über die Invalidenversicherung [IVG], 2^{ème} éd. 2010, ad art. 28a p. 321). En pratique, on peut établir le revenu hypothétique sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité, pour le porter jusqu'à un montant correspondant à celui résultant de l'ESS, mais réduit de 5%, et renoncer à procéder à une déduction particulière en raison des mêmes facteurs lors du calcul du revenu d'invalidé au moyen de l'ESS. Dans ce dernier calcul, seule entre encore en considération une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent davantage ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (cf. ATF 135 V 297, 135 V 58, 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

b) En l'espèce, le recourant ne dispose que d'une scolarité de base, hormis un certificat de charpentier obtenu au Portugal en 1992, qu'il ne pourra plus mettre en valeur en Suisse en raison de son handicap. La plupart des experts consultés ont souligné ses grandes difficultés à s'exprimer en français. Le revenu qu'il aurait obtenu comme ouvrier viticulteur auprès de son ancien employeur (39'000 fr., selon les réponses de l'employeur du 27 août 2004 au questionnaire ad hoc qui lui avait été adressé) est très nettement inférieur au revenu standard pour une activité simple et répétitive exercée par des hommes dans le secteur privé en 2004 (57'258 fr., après adaptation à la durée hebdomadaire moyenne du travail dans les entreprises en 2004, de 41.6 heures [source: Office fédéral de la statistique, www.bfs.admin.ch]). On doit admettre que son manque de formation et ses difficultés linguistiques sont à l'origine de cet écart, de sorte qu'il se justifie de prendre en considération, à titre de revenu hypothétique sans invalidité, un salaire annuel de 54'395 fr. (après déduction de 5 % de 57'258 fr.) en 2004.

En ce qui concerne le revenu sans invalidité, il convient de prendre pour base un montant de 57'258 fr. et d'en déduire au maximum

20 % pour tenir compte d'une diminution de rendement, ainsi que 10% supplémentaire en raison du fait que l'assuré doit limiter ses recherches d'emploi à des activités légères et permettant l'alternance des positions, avec un rendement réduit. Compte tenu de ces déductions, il faut prendre en considération un revenu d'invalidé légèrement supérieur à 41'000 francs. Après comparaison avec le revenu hypothétique sans invalidité (54'395 fr.), le taux d'invalidité est de l'ordre de 25 % ($[(54'395 \text{ fr.} - 41'000 \text{ fr.}) / 54'395 \text{ fr.}] \times 100$) et n'ouvre pas droit à une rente d'invalidité.

7. Des constatations qui précèdent, il résulte que l'intimé a mis fin à bon droit au versement de la rente pour la période du 1^{er} juillet 2004 au 31 janvier 2007, date à partir de laquelle le recourant avait à nouveau droit à une rente en raison d'une péjoration de son état de santé.

Le recours, mal fondé, doit être rejeté.

Le recourant ne peut pas prétendre de dépens et supportera les frais de justice arrêtés en l'espèce à 400 fr. (art. 61 let. g LPGA, 69 al. 1bis LAI, 49 al. 1 et 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 16 septembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Eduardo Redondo (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :